

老振発第0331010号

平成18年3月31日

都道府県
各 指定都市 介護保険主管部（局）長 殿
中核市

厚生労働省老健局振興課長

介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書の様式について

今般、介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第83条の9（介護予防サービス費の支給の要件）第1号において、指定介護予防サービス（介護予防居宅療養管理指導及び介護予防特定施設入居者生活介護を除く。）を受けるときは、指定介護予防支援等を受けることにつきあらかじめ市町村に届け出る際の届出の標準様式（介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書）について別紙のとおり定めたので、御承知の上、管内市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その運用に遺憾のないようにされたい。

なお、当該様式の届出は、指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第37号）第4条（内容及び手続の説明及び同意）に基づき届け出られるものであることを、念のため、申し添える。

[別紙]

介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書

		区 分	
		新規・変更	
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ		 	
-----		生 年 月 日	
-----		性 別	
-----		明・大・昭	
-----		年 月 日	
-----		男・女	
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者			
介護予防支援事業所名		介護予防支援事業所の所在地 〒	
		電話番号 ()	
介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援を受託する場合のみ記入して下さい。			
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地 〒	
		電話番号 ()	
介護予防支援事業所又は居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等			
※変更する場合のみ記入してください。			
変更年月日 (平成 年 月 日付)			
○○市（町村）長 様 上記の介護予防支援事業者に介護予防サービス計画の作成を依頼することを届け出します。 平成 年 月 日 住所 電話番号 () 被保険者 氏名			
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複		
	<input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所番号		

- (注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、若しくは、介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに○○市（町村）へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の作成を依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援を受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず○○市（町村）に届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。